

## デイサービスセンター幸 重要事項説明書 「料金表」

### (1) 介護保険対象サービス

#### 基本料金 (1 割負担の場合)

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	370円/日	388円/日	570円/日	584円/日	658円/日	669円/日
要介護2	423円/日	444円/日	673円/日	689円/日	777円/日	791円/日
要介護3	479円/日	502円/日	777円/日	796円/日	900円/日	915円/日
要介護4	533円/日	560円/日	880円/日	901円/日	1023円/日	1041円/日
要介護5	588円/日	617円/日	984円/日	1008円/日	1148円/日	1168円/日

※2時間以上3時間未満のサービスを利用する場合

上記3時間以上4時間未満サービス料金の70%の料金となります。

※8時間以上9時間未満のサービスを超過して対応する場合

- 1) 9時間以上10時間未満 +50円
- 2) 10時間以上11時間未満 +100円
- 3) 11時間以上12時間未満 +150円
- 4) 12時間以上13時間未満 +200円
- 5) 13時間以上14時間未満 +250円

#### 加算料金 (1 割負担の場合)

入浴加算 (I)	40円/日
個別機能訓練加算 (I) イ	56円/日
個別機能訓練加算 (II)	20円/月
若年性認知症受入加算 (該当者のみ)	60円/日
送迎を行わない場合	▲47円/片道
サービス提供体制加算 (I)	22円/日
サービス提供体制加算 (II)	18円/日
科学的介護推進体制加算	40円/月
口腔機能向上加算 (I) (該当者のみ)	150円/回
口腔機能向上加算 (II) (該当者のみ)	160円/回
認知症加算 (該当者のみ)	60円/日
介護職員処遇改善加算 I	基本料金と加算合計の9.2%

#### ★入浴介助加算 (I)

入浴サービスを受けられた場合算定されます。

#### ★個別機能訓練加算 (I) イ

利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、適切な機能訓練を行った場合算定されます。機能訓練指導員の配置、個別機能訓練計画書の作成が要件となります。

#### ★個別機能訓練加算 (II)

上記の (I) イの要件に加え、機能訓練の内容、状態の変化等「LIFE」(厚生労働省の科学的介

護情報システム) への情報提出を行い、フィードバックを活用することによって算定されます。

★若年性認知症受入加算

65歳未満の若年性認知症者を受け入れた場合に算定されます。

★送迎を行わない場合

送迎を行わない場合は片道につき減算されます。

★サービス提供体制加算

加算Ⅰは介護職員のうち介護福祉士が70%、以上占める場合算定されます。

加算Ⅱは介護職員のうち介護福祉士が50%、以上占める場合算定されます。

★科学的介護推進体制加算

厚生労働省の LIFE (科学的介護情報システム) へ利用者様の状態 (匿名) やサービスの状態等のデータ提出とフィードバックを活用し、ケアの質の向上を図る取り組みをすることによって算定されます。

★口腔機能向上加算 (Ⅰ)

口腔機能の低下が認められる、または低下するおそれがある方を対象に、口腔機能の改善を図るための取り組みを行った場合に算定されます。(該当者のみ。月2回まで)

口腔機能向上加算 (Ⅱ)

上記加算 (Ⅰ) の要件に加え、LIFE に情報提供し、フィードバックをケアの質の向上に活用することで算定されます。

★認知症加算

認知症に関する研修を修了した職員を配置し、認知症利用者に対し適切な介護サービスを提供することで算定されます。(該当者のみ)

★介護職員処遇改善加算Ⅰ

介護職員の処遇改善目的のために算定されます。(令和6年6月から一本化されました。)

★介護保険負担割合証に2割(3割)と記載されている場合は上記金額の2倍(3倍)の金額になります。

(2) 介護保険対象外サービス

利用料項目	利用料金
食費	640円(1日)
おやつ代	50円(1日)
コーヒー代	50円(1杯)
ソフトクリーム代	300円(1個)
リハビリパンツ代	80円(1枚)
パット代	40円(1枚)
マスク代	20円(1枚)
行事費・レクリエーション費	実費(入園料、交通費、材料費等)
利用料口座振替手数料	110円(1ヶ月)

★介護保険対象サービスは介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

★前述の介護保険対象サービスに係る利用料金は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、制度の改正、介護報酬の改定により変動した場合には、準じて改定させていただきます。また、介護保険対象外サービスに係る利用料金は物価の変動、その他の事情により変更させていただくことがあります。料金変更の際は事前にお知らせいたします。

★毎月15日より前月ご利用分の請求をいたします。お支払い方法は現金支払い・銀行引き落としとなります。お支払い日は毎月25日(土、日、祝日の場合は翌営業日)となります。

★介護認定の申請中や更新中で利用月に認定が間に合わなかった場合は、介護保険一部負担金が定まりませんので、認定がおりた月にまとめて請求させていただきます。

★前述の利用料の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ることとします。

令和 年 月 日

社会福祉法人ふくいの福祉家 理事長 西野幸治 説明者職名 氏名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項説明の説明を受け、デイサービスセンター幸の利用開始に同意しました。

利用者 住所 氏名

代理人 氏名 続柄 ( )